



CAMERON COUNTY PUBLIC HEALTH

Esmeralda Guajardo, MAHS
Health Administrator

James W. Castillo II, MD
Health Authority

Elizabeth J. Miller, MD
Forensic Pathologist

Consentimiento de Vacunas COVID-19

Primera Dosis Segunda Dosis

Tipo de vacuna para la primera dosis: Moderna Fecha de la primera dosis recibida: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

Correo Electronico: _____ Sexo: Masculino Femenino Numero de Telefono: (____) _____

Empleador: _____ Nombre de la Madre: _____

Si ha tenido una reacción alérgica grave a la primera dosis, informe a su administrador de la vacuna y **NO TOME LA SEGUNDA DOSIS.**

Blanco Asiatico Hispano/Latino Negro/Afroamericano Amerindio o Nativo de Alaska Nativo de Hawái Dos o Mas Razas

La Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, que apareció a finales de 2019. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han notificado una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga muscular o dolores corporales, dolor de cabeza, pérdida de sabor u olor, dolor de garganta, congestión, náuseas o vómitos, y diarrea.

No debe recibir esta vacuna si:

- tuvo una reacción alérgica grave después de una dosis previa de esta vacuna
- tuvo una reacción alérgica grave a cualquier ingrediente de esta vacuna

Consulte a su médico si debe recibir la vacuna COVID-19 si tiene alguno de los siguientes:

- si tiene alguna alergia
- si tiene fiebre
- si tiene un trastorno hemorrágico o está en un anticoagulante
- si está inmunocomprometido o está en medicamentos que afectan su sistema inmune
- si está amamantando
- si está embarazada o planea quedar embarazada
- ha recibido otra vacuna COVID-19

Podrían producirse acontecimientos adversos graves, inesperados y desconocidos al recibir la vacuna COVID-19. La EUA afirma que se han notificado los siguientes: dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, enrojecimiento del lugar de la inyección, náuseas, sensación de malestar y ganglios linfáticos inflamados (linfadenopatía). Existe una remota posibilidad de que la vacuna COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave. Por lo general, una reacción alérgica grave se produciría entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna COVID-19.

Si después de la vacunación experimenta alguna complicación que pueda estar relacionada con la vacuna COVID-19, póngase en contacto con su médico y con el administrador de la vacuna.

- He leído y entiendo este Formulario de Consentimiento de Vacunas COVID-19.
- He recibido, leído y entiendo la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia para los destinatarios.
- He tenido la oportunidad de discutir mis preocupaciones con mi médico.
- La administración de la vacuna no crea una relación de proveedor de pacientes entre el administrador y el destinatario.
- Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19.
- Tengo 18 años de edad o más.
- No tuve una reacción alérgica grave después de una dosis previa de cualquier vacuna COVID-19.
- No tengo alergia grave a ninguna parte de esta vacuna.
- Entiendo que mi información y estado de vacunación serán reportados al estado.
- Solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna COVID-19.

Firma: _____ Fecha: _____

To be completed by Cameron County Public Health Department:

Manufacturer: _____ Lote #: _____ Exp. Date: _____
 Route IM (circle one) Left Deltoid Right Deltoid Date/Time Vaccine Given: _____
 Printed Name of Vaccine Administrator _____